

## 围绝经和绝经后期抑郁不同治疗方案的 Meta 分析

张文倩,熊正爱<sup>△</sup>,贾佳,王智亮

(重庆医科大学附属第二医院妇产科 400010)

**摘要:**目的 系统评价在围绝经及绝经后期抑郁妇女中,不同治疗方案疗效的差异,以期指导临床工作。方法 通过检索多项在线数据库,系统搜集相关文献,纳入符合标准的随机对照试验(RCT)及队列研究,并对其进行质量评价和数据提取,完成 Meta 分析。结果 共纳入文献 19 篇(共 2 312 例),其中 RCT 10 篇,队列研究 9 篇。Meta 分析结果显示:激素联合抗抑郁药与抗抑郁药比较,治愈率差异无统计学意义( $RR=1.15, P=0.07$ ),有效率差异有统计学意义( $RR=1.17, P=0.005$ );激素联合抗抑郁药与激素补充治疗比较,治愈率( $RR=1.73, P=0.003$ )及有效率( $RR=1.52, P<0.01$ )差异均有统计学意义;抗抑郁药与激素补充治疗的有效率比较,差异有统计学意义( $RR=1.37, P=0.003$ );激素补充治疗与安慰剂比较,治愈率差异有统计学意义( $RR=2.17, P=0.03$ ),有效率差异无统计学意义( $RR=0.78, P=0.15$ )。结论 虽然激素补充治疗对情绪有改善作用,但对提高围绝经及绝经后期抑郁妇女对抗抑郁药反应的作用并不确定。

**关键词:**围绝经期;绝经后期;抑郁;心境障碍;抗抑郁治疗;激素补充治疗

**中图分类号:**R749.2

**文献标识码:**A

**文章编号:**1671-8348(2014)21-2712-04

## The Meta analysis of the different treatments of peri- and postmenopausal women with depressive disorder

Zhang Wenqian, Xiong Zhengai<sup>△</sup>, Jia Jia, Wang Zhiliang

(Department of Obstetrics and Gynecology, the Second Affiliated Hospital of Chongqing

Medical University, Chongqing 400010, China)

**Abstract: Objective** To assess the curative effect of different therapeutic regimen in perimenopausal and postmenopausal patients with depressive disorder, in order to guide clinical work. **Methods** Relevant literatures were collect by retrieving a number of online database, screen documents independent, the randomized controlled trial(RCT) and cohort study were included, and carried on the quality evaluation and data extraction, then completed the Meta analysis. **Results** 19 papers were included (2 312 cases), including 10 RCT papers and 9 cohort papers. There was no statistically significant difference for cure rate( $RR=1.15, P=0.07$ ), the difference of effective rate had statistically significant( $RR=1.17, P=0.005$ ). Hormone in combination with antidepressants compared with hormone replacement therapy; the difference of cure ratio ( $RR=1.73, P=0.003$ ) and effective rate ( $RR=1.52, P<0.01$ ) all had statistically significant. The difference of effective rate between antidepressants and hormone replacement therapy had statistically significant( $RR=1.37, P=0.003$ ). Hormone replacement therapy compared with placebo; the difference of cure rate had statistically significant( $RR=2.17, P=0.03$ ), the difference of effective rate had no statistically significant( $RR=0.78, P=0.15$ ). **Conclusion** Although the hormone replacement therapy has a positive effect on the mood, it's promoting effect on the antidepressant of perimenopausal and postmenopausal women is uncertain.

**Key words:** perimenopause; postmenopause; depression; mood disorder; antidepressant; hormone replacement therapy

女性进入围绝经期后由于卵巢功能的下降,出现绝经期综合征,早期主要是血管舒缩症状、精神神经症状(如情绪异常、抑郁等);绝经后多年逐渐出现代谢改变、心脑血管疾病、骨质疏松等退行性变化或疾病<sup>[1]</sup>。精神神经症状中又以抑郁对妇女的生活质量影响颇大。在 2008 年 1 项对北京市 1 280 名 45~59 岁妇女进行横断面调查发现,23.8% 的妇女有不同程度的抑郁<sup>[2]</sup>。目前抑郁治疗主要依赖于抗抑郁药物,包括三环类药物、5-羟色胺再摄取抑制剂等。有研究认为,绝经状况会影响患者对抗抑郁药的反应。而激素补充治疗对情绪和行为有改善作用。故有观点提出,或许激素补充治疗可以替代抗抑郁药物或者改善围绝经和绝经后期抑郁妇女对抗抑郁药反应。为了探讨不同治疗方案对围绝经及绝经后期抑郁疗效的差异,本文通过广泛搜集整理相关文献并进行 Meta 分析,以期得到比较明确的结果,供临床参考。

## 1 资料与方法

**1.1 文献筛选** 两名评价员根据纳入及排除标准独立地进行文献的筛选,综合其筛选结果,有分歧的文献由两名评价员协商或请第 3 名评价员筛选决定是否入选。文献纳入标准:(1)全文发表的随机对照试验(randomized control trails, RCT)或队列研究;(2)受试对象均有明确的抑郁;(3)符合围绝经期或绝经后期诊断标准;(4)治疗时间大于或等于 5 周;(5)治疗措施均符合围绝经及绝经后期不同治疗方案的要求。结局指标:治疗后较治疗前的汉密尔顿抑郁量表(Ham-D)<sup>[3]</sup>或蒙哥马利抑郁评定量表(MADRS)<sup>[4]</sup>评分减少大于或等于 50% 视为有效,Ham-D 评分小于或等于 8 分或 MADRS 评分小于 10 分视为治愈。文献排除标准:(1)文献摘要、综述文章、病例报告、病例对照研究及未发表的资料;(2)研究目的与本文的主旨不符合的文献;(3)受试对象接受了干预措施以外的其他关于抑郁

的治疗措施;(4)重复发表的文章。

**1.2 检索策略** (1)计算机检索 Medline、Cochrane library、Embase、中文科技期刊全文数据库(VIP)、中国生物医学文献数据库(CBM)、中国期刊全文数据库(CNKI)等在线数据库。(2)英文检索词: perimenopausal, postmenopausal, depressive disorder, mood disorder, antidepressant, hormone replacement therapy。中文检索词: 围绝经期, 绝经后期, 抑郁, 心境障碍, 抗抑郁治疗, 激素补充治疗。

**1.3 文献质量评价** RCT:使用改良 Jadad 评分量表对 RCT 进行质量评价。总分 7 分, >3 分视为高质量研究。队列研究:采用 Newcastle-Ottawa“队列研究”质量评价量表进行评价。评价等级:(1)低偏倚风险为各项标准都实施正确;(2)偏倚风险不清楚为一条或一条以上部分满足(即不清楚);(3)高偏倚风险为一条或一条以上错误实施或未实施。

**1.4 统计合并效应量** 使用 Revman5.2 软件进行统计学分析。异质性检验使用  $I^2$  检验法。若  $I^2 \leq 50\%$ ,  $P > 0.1$ , 认为多个独立研究具有同质性, 选择固定效应模型进行分析;若  $I^2 > 50\%$ ,  $P \leq 0.1$ , 提示各研究间异质性明显, 使用敏感性分析, 达到同质后, 再用 M-H 法, 如经异质性分析和处理后, 仍不具有同质性, 使用随机效应模型计算合并量。二分类数据采用相对危险度(risk ratio, RR)为合并统计量, 连续性变量采用标准化均数差(standard mean difference, SMD)为合并统计量。95%CI 及 P 值估计干预措施的效果。“漏斗图”了解潜在的发表偏倚。

**1.5 敏感性分析** 当  $I^2 > 50\%$ ,  $P \leq 0.1$  时, 提示异质性明显, 调整纳入标准, 排除不符合纳入标准的实验, 重新进行 Meta 分析, 与排除前的结果进行比较, 若与原分析结果没有冲突, 则

加强了原分析结果的可信度;如果得出不同的结论, 则提示需更加谨慎分析、解释结果并提出结论。

**2 结果**

**2.1 搜索结果** 共检索出 1 626 篇文献, 纳入 19 篇文献, 共 2 312 例, 其中激素联合抗抑郁药组对比抗抑郁药组的文献 11 篇;激素联合抗抑郁药组对比激素补充治疗组 5 篇;抗抑郁药组对比激素补充治疗组 4 篇;激素补充治疗组对比安慰剂组 5 篇。

**2.2 质量评价结果** 共有 10 项 RCT, 其中 9 项为高质量, 1 项为低质量, 见表 1。纳入队列研究 13 项, 3 项研究为低偏倚风险, 10 项为高偏倚风险, 见表 2。

表 1 RCT 的质量评价

研究文献	序列产生	分配隐藏	盲法	撤出与退出	总分(分)
Rudolph 等 2004 <sup>[5]</sup>	2	2	2	1	7
Soares 等 2001 <sup>[6]</sup>	2	2	2	1	7
Morrison 等 2004 <sup>[7]</sup>	2	2	2	1	7
Metka 等 1995 <sup>[8]</sup>	1	2	2	1	6
Natalie 等 2007 <sup>[9]</sup>	1	2	2	1	6
Dias 等 2006 <sup>[10]</sup>	1	2	2	0	5
Berlange 等 2003 <sup>[11]</sup>	1	2	2	0	5
Schneider 等 2001 <sup>[12]</sup>	1	0	2	1	4
Schneider 等 1997 <sup>[13]</sup>	1	0	2	1	4
李文 2010 <sup>[14]</sup>	1	0	0	1	2

表 2 队列研究的质量评价

研究文献	选择				可比性	结局			偏倚
	暴露队列的典型性	非暴露队列的选择	暴露	结局定义		结局评价方法	随访时间	随访是否适当	
Kornstein 等 2013 <sup>[15]</sup>	A	A	A	A	A+B	A	A	A	低
Zanardi 等 2007 <sup>[16]</sup>	B	A	A	A	A	A	A	B	低
彭保安等 2012 <sup>[17]</sup>	B	A	A	A	A+B	A	A	A	低
陈显光等 2007 <sup>[18]</sup>	B	A	C	A	A+B	C	A	A	高
郁琦等 2004 <sup>[19]</sup>	B	A	A	A	A+B	C	A	B	高
Soares 等 2006 <sup>[20]</sup>	B	A	A	A	A+B	D	A	C, 有描述	高
赖爱鸾等 2007 <sup>[21]</sup>	B	A	A	B	A+B	C	A	A	高
Soares 等 2003 <sup>[22]</sup>	D	A	A	A	A+B	C	A	C, 有描述	高
Amsterdam 等 1999 <sup>[23]</sup>	A	A	A	A	A+B	C	A	A	高

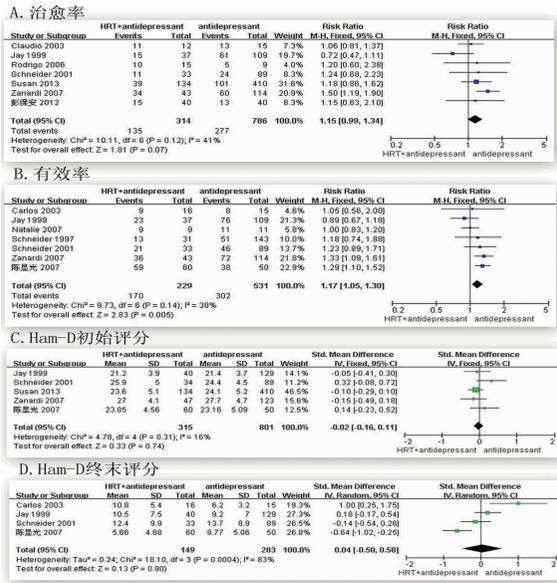
暴露队列的典型性, A:真实的平均之代表性(全国范围);B:某一些平均之代表性(所在单位的 1 个及以上的科室联合门诊);C:选择的用于组别;D:没有关于暴露来源的描述。非暴露队列的选择, A:从正如暴露的队列一样的社区中获得;B:由不同的来源获得;C:没有关于非暴露队列来源的描述。暴露的确定, A:可靠的记录;B:结构性访谈;C:书面的自我报告;D:无描述。结局定义, A:是;B:否。可比性, 基于设计或分析所得的队列可比性, A:研究控制了初始抑郁量表评分;B:研究控制了年龄。结局评价方法, A:独立的盲法评价;B:档案连锁;C:自我报告;D:无描述。随访时间是否足够, A:是;B:否。随访是否适当, A:完成所有受试者的随访;B:随访中失访的受试者不可能导致偏倚-少量的丢失, 随访率大于 90%;C:随访率小于 90%并且没有失访的描述;D:没有陈述。

**2.3 Meta 分析结果**

**2.3.1 激素联合抗抑郁药组与抗抑郁药组比较** 治愈率:异质性较小( $P = 0.12$ ,  $I^2 = 41\%$ ), 采用 M-H 法, 结果差异无统

计学意义( $RR = 1.15$ , 95%CI: 0.99~1.34,  $P = 0.07$ )。有效率:异质性较小( $P = 0.14$ ,  $I^2 = 38\%$ ), 结果差异有统计学意义( $RR = 1.17$ , 95%CI: 1.05~1.30,  $P = 0.005$ )。Ham-D 初始评

分:异质性较大( $P=0.02, I^2=57\%$ );采用敏感性分析,剔除存在选择偏倚的 2 项研究后异质性较小( $P=0.31, I^2=16\%$ ),采用 M-H 法,结果差异无统计学意义( $SMD=-0.02, 95\%CI: -0.16\sim 0.11, P=0.74$ )。Ham-D 终末评分:异质性较大( $P=0.0004, I^2=83\%$ ),敏感性分析后提示不存在明显偏倚的研究,采用随机效应模型分析,结果差异无统计学意义( $SMD=0.04, 95\%CI: -0.50\sim 0.58, P=0.90$ ),见图 1。



HRT: 激素补充治疗。

图 1 激素联合抗抑郁药组与抗抑郁药组的 Meta 分析森林图

2.3.2 激素联合抗抑郁药组与激素补充治疗组比较 治愈率:异质性小( $P=0.52, I^2=0\%$ )。结果差异有统计学意义( $RR=1.73, 95\%CI: 1.20\sim 2.49, P=0.003$ )。有效率:异质性较小( $P=0.24, I^2=30\%$ )，结果差异有统计学意义( $RR=1.52, 95\%CI: 1.29\sim 1.80, P<0.01$ )。Ham-D 初始评分:异质性较小( $P=0.24, I^2=28\%$ )，结果差异无统计学意义( $SMD=0.07, 95\%CI: -0.23\sim 0.37, P=0.64$ )，见图 2。

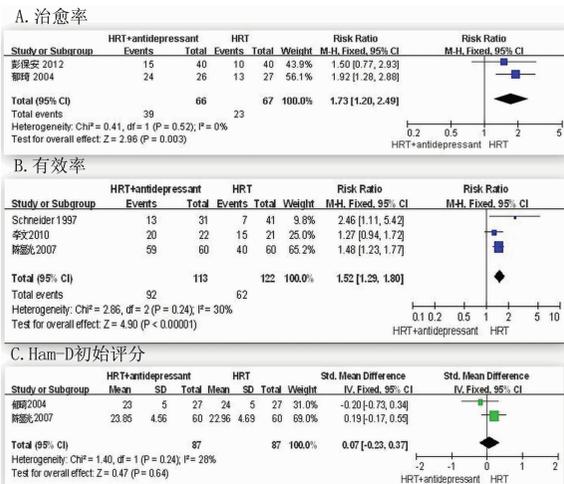


图 2 激素联合抗抑郁药组与激素补充治疗组的 Meta 分析森林图

2.3.3 抗抑郁药组与激素补充治疗组比较 有效率:异质性较小( $P=0.16, I^2=45\%$ )，结果差异有统计学意义( $RR=$

1.37, 95%CI: 1.11~1.68,  $P=0.003$ )，见图 3。

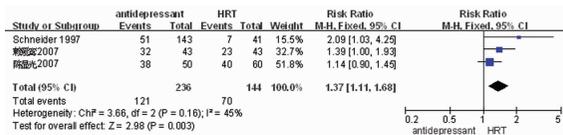


图 3 抗抑郁药组与激素补充治疗组的有效率的 Meta 分析森林图

2.3.4 激素补充治疗组与安慰剂组比较 治愈率:异质性较大( $P=0.13, I^2=56\%$ )，差异有统计学意义( $RR=2.02, 95\%CI: 1.33\sim 3.08, P=0.001$ )，进行敏感性分析后 2 项研究满足纳入标准,采用随机效应模型分析,结果差异有统计学意义( $RR=2.17, 95\%CI: 1.07\sim 4.43, P=0.03$ )。有效率:异质性较小( $P=0.33, I^2=10\%$ )，结果差异无统计学意义( $RR=0.78, 95\%CI: 0.56\sim 1.09, P=0.15$ )。Ham-D 初始评分:异质性小( $P=0.88, I^2=0\%$ )，结果差异无统计学意义( $SMD=0.06, 95\%CI: -0.32\sim 0.43, P=0.77$ )。Ham-D 终末评分:异质性较大( $P=0.05, I^2=73\%$ )，采用随机效应模型,结果差异无统计学意义( $SMD=-0.18, 95\%CI: -0.92\sim 0.56, P=0.63$ )，见图 4。

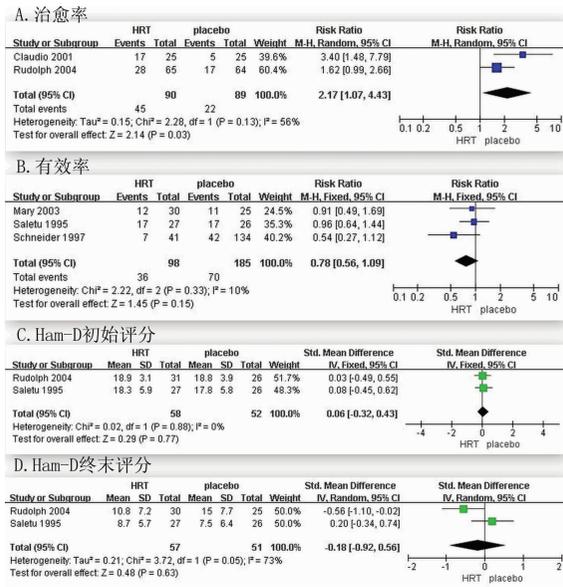


图 4 激素补充治疗组与安慰剂组的 Meta 分析森林图

2.3.5 发表偏倚 以上各项分析产生的漏斗图基本成倒漏斗形,提示发表偏倚可能性较小。

### 3 讨论

舍曲林(SSRIs)治疗抑郁症效果肯定,可使约 50%的抑郁患者的症状完全或部分得到缓解;但在抗抑郁治疗成功后,约有 42%的患者在 1 个月内复发,30%的患者在 3 个月内复发<sup>[24]</sup>。鉴于此,如何提高抗抑郁药的长期疗效是众多临床医生和专家关注的焦点。

本篇 Meta 分析结果显示:激素联合抗抑郁药对比抗抑郁药的研究共 11 项,分析结果提示联合用药可提高治愈率及有效率,这两项结局指标纳入文献数量均大于 5 篇,但治愈率差异无统计学意义( $P>0.05$ );终末的 Ham-D 评分差异无统计学意义( $P>0.05$ ),纳入文献数量仅为 4 篇,且  $I^2>50\%$ ,敏感性分析提示结果稳定可靠,提示此指标同质性较好。两组的治

愈率与有效率结果的不一致使得激素能否提高抗抑郁药的疗效仍需更完善、大型的 RCT 进一步验证。在纳入的文献中,有 9 篇文献认为激素不能提高抗抑郁药的疗效,其中 Natalie 等<sup>[9]</sup>认为,激素补充治疗虽不能提高绝经后期抑郁妇女对 SS-RIs 的反应,但能加快 SSRIs 的起效时间。

有 5 项研究关注于激素联合抗抑郁药与单用激素补充治疗的疗效差异,Meta 分析结果提示前者的治愈率及有效率均较后者高,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。提示激素联合抗抑郁药的疗效优于单用激素补充治疗高。

符合抗抑郁药与激素补充治疗疗效差异的共有 4 篇文献,分析结果提示抗抑郁药的有效率较激素补充治疗高,纳入文献小于 5 篇,使得结果的可靠性大打折扣。赖爱鸾等<sup>[21]</sup>认为激素补充治疗可用于围绝经期及绝经后期轻、中度抑郁,而抗抑郁药物对重度抑郁的疗效则优于激素补充治疗。

纳入的 5 篇关于激素补充治疗与安慰剂的疗效差异的文献,分析结果提示两者的有效率和终末 Ham-D 无明显差异。而激素补充治疗组的治愈率较安慰剂组高 1.17 倍,异质性检验  $I^2 > 50\%$ ,敏感性分析提示结果稳定,这项结局指标同质性较好。以上 3 项结局指标纳入文献均小于 5 篇,质量评价的结果参差不齐,结果可信度不高。

综上所述,激素补充治疗对提高抑郁妇女对抗抑郁药的反应不确定;激素联合抗抑郁药与单用激素补充治疗相比,能提高治愈率及有效率;抗抑郁药与激素补充治疗相比,能提高有效率;激素补充治疗与安慰剂相比,能提高治愈率;对临床工作有一定的参考作用。

本文存在以下不足:(1)由于时间及文献资源的限制,可能存在文献漏检等问题,这些未纳入本 Meta 分析的数据资料可能会影响结果。(2)纳入文献质量的参差不齐,评价疗效的临床医生的经验不一及结局指标的不同,以及在队列研究中,患者预先知晓自身的治疗方案或医生的暗示作用,都会影响评价结果的真实性,导致偏倚的产生。(3)部分研究的样本量较小,或失访率较高,可能会放大或缩小结局指标的真实性。需要大样本、低偏倚、多项结局指标的 RCT 进一步验证。考虑本文存在的不足,上述结论需要在临床实践中进一步验证。

#### 参考文献:

- [1] 丰有吉,沈铿. 妇产科学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2010:263-265.
- [2] Li Y, Yu Q, Ma L, et al. Prevalence of depression and anxiety symptoms and their influence factors during menopausal transition and postmenopause in Beijing city[J]. Maturitas,2008,61(3):238-242.
- [3] Hamilton M. A rating scale for depression[J]. J Neurol Psychiatry,1960,23(1):56-62.
- [4] Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change[J]. Br J Psychiatry,1979,134(4):382-389.
- [5] Rudolph I, Palombo-Kinne E, Kirsch B, et al. Influence of a continuous combined HRT(2 mg estradiol valerate and 2 mg dienogest) on postmenopausal depression[J]. Climacteric,2004,7(3):301-311.
- [6] Soares CN, Almeida OP, Joffe H, et al. Efficacy of estradi-

- ol for the treatment of depressive disorders in perimenopausal women: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial[J]. Arch Gen Psychiatry,2001,58(6):529-534.
- [7] Morrison MF, Kallan MJ, Ten Have T, et al. Lack of efficacy of estradiol for depression in postmenopausal women: a randomized, controlled trial[J]. Biol Psychiatry,2004,55(4):406-412.
- [8] Metka BM, Semlitsch MV. Double-blind, placebo-controlled, hormonal, syndromal and EEG mapping studies with transdermal oestradiol therapy in menopausal depression[J]. Psychopharmacology(Berl),1995,122(4):321-329.
- [9] Natalie LR, Dunkin J, Fairbanks L, et al. Estrogen and response to sertraline in postmenopausal women with major depressive disorder: a pilot study[J]. Psychiatr Res,2007,41(5):338-343.
- [10] Dias RS, Kerr-Corrêa F, Moreno RA, et al. Efficacy of hormone therapy with and without methyltestosterone augmentation of venlafaxine in the treatment of postmenopausal depression: a double-blind controlled pilot study[J]. Menopause,2006,13(2):202-211.
- [11] Berlanga C, Mendieta D, Alva G, et al. Failure of tibolone to potentiate the pharmacological effect of fluoxetine in postmenopausal major depression[J]. J Womens Health(Larchmt),2003,12(1):33-39.
- [12] Schneider LS, Small GW, Clary CM. Estrogen replacement therapy and antidepressant response to sertraline in older depressed women[J]. Am J Geriatr Psychiatry,2001,9(4):393-399.
- [13] Schneider LS, Small GW, Hamilton SH, et al. Estrogen replacement and response to fluoxetine in a multicenter geriatric depression trial. Fluoxetine Collaborative Study Group[J]. Am J Geriatr Psychiatry,1997,5(2):97-106.
- [14] 李文. 艾司西酞普兰治疗围绝经期抑郁对照观察[J]. 临床精神医学杂志,2010,20(1):29-31.
- [15] Kornstein SG, Toups M, Rush AJ, et al. Do menopausal status and use of hormone therapy affect antidepressant treatment response? Findings from the sequenced treatment alternatives to relieve depression(STAR\*D) study[J]. J Womens Health(Larchmt),2013,22(2):121-131.
- [16] Zanardi R, Rossini D, Magri L, et al. Response to SSRIs and role of the hormonal therapy in post-menopausal depression[J]. Eur Neuropsychopharmacol,2007,17(6/7):400-405.
- [17] 彭保安,张武文,张润驹,等. 抗抑郁药及性激素治疗围绝经期及绝经后妇女抑郁症的疗效比较[J]. 中华精神科杂志,2012,45(3):141-144.
- [18] 陈显光,谢淑雯,何文贞,等. 百优解+尼尔雌醇治疗更年期妇女抑郁症的疗效观察[J]. 汕头大学医学院学报,2007,20(2):103-104.
- [19] 郁琦,阴春霞,惠英,等. 盐酸氟西汀联合激素与单纯激素补充治疗绝经期抑郁症的疗效比较[J]. (下转第 2719 页)

大于或等于 10 mm 为界诊断早期肝硬化的准确性(92.00%)。其原因可能为 Ito 等<sup>[6]</sup>没有对慢性肝炎的纤维化程度进行研究,仅研究了正常对照组和没有明显形态变化的肝硬化组(肝硬化早期)间门脉前间隙的变化规律,而该两组间门脉前间隙的差异大于慢性肝炎各纤维化组内的差异,致使其准确性高于本研究的结果。本研究以病理为基础,研究了慢性乙型肝炎纤维化各期及乙型肝炎后肝硬化门脉前间隙的变化规律,发现以门脉前间隙大于 9 mm 为界,可以将中重度纤维化及代偿期肝硬化(S<sub>3-5</sub>)从正常及早期纤维化(S<sub>0-2</sub>)中区别出来,而中重度纤维化及代偿期肝硬化之间(S<sub>3-5</sub>)并无明显差异。

对于早期肝纤维化患者,抗纤维化治疗可能阻止或逆转其纤维化进程,对于纤维化程度小于 S<sub>3</sub> 者其治疗效果尤为显著<sup>[11]</sup>。以门脉前间隙大于 9 mm 为界,能够简单、敏感地发现 S<sub>3</sub> 及以上的纤维化患者,这对于慢性乙型肝炎和乙型肝炎后纤维化的治疗有一定的指导意义。

横断面上肝尾叶和右叶的比率(肝尾叶比)在诊断肝硬化的存在上有很高的特异性和准确性<sup>[8,12]</sup>。本研究显示,对于慢性乙型肝炎和代偿期乙型肝炎后肝硬化患者,肝尾右叶比不能鉴别肝纤维化的严重程度,也不能预示代偿期乙型肝炎后肝硬化的存在。这可能与乙型肝炎后肝硬化患者肝尾叶增大不明显有关<sup>[2,4]</sup>。本研究还发现,门脉前间隙的宽度及肝尾右叶比均与肝脏炎症活动度无关。

总之,对于慢性乙型肝炎和代偿期乙型肝炎后肝硬化患者,门脉前间隙随肝纤维化程度的加重而增宽,从 S<sub>3</sub> 开始,增宽明显;以门脉前间隙大于 9 mm 为界诊断 S<sub>3</sub> 即以上纤维化程度具有较高的敏感性和特异性;肝尾右叶比与肝纤维化程度无关。

#### 参考文献:

- [1] 梁晓峰,陈园生,王晓军,等.中国 3 岁以上人群乙型肝炎血清流行病学研究[J].中华流行病学杂志,2005,26(9):655-658.
- [2] Ito K, Mitchell DG. Hepatic morphologic changes in cirrhosis: MRI imaging findings[J]. *Abdom Imaging*, 2000, 25(5):456-461.
- [3] Ito K, Mitchell DG. Imaging diagnosis of cirrhosis and chronic hepatitis[J]. *Intervirology*, 2004, 47(3/4/5):134-143.
- [4] Okazaki H, Ito K, Fujita T, et al. Discrimination of alcoholic from virus-induced cirrhosis on MRI imaging[J]. *AJR Am J Roentgenol*, 2000, 175(6):1677-1681.
- [5] Lafortune M, Matricardi L, Denys A, et al. Segment 4 (the quadrante lobe): a barometer of cirrhotic liver disease at US[J]. *Radiology*, 1998, 206(1):157-160.
- [6] Ito K, Mitchell DG, Gabata T. Enlargement of hilar periportal space; a sign of early cirrhosis at MRI imaging[J]. *J Magn Reson Imaging*, 2000, 11(2):136-140.
- [7] 中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会联合修订.病毒性肝炎防治方案[J].中华肝病杂志,2000,8(6):324-329.
- [8] Harbin WP, Robert NJ, Ferrucci JT Jr. Diagnosis of cirrhosis based on regional changes in hepatic morphology: a radiological and pathological analysis [J]. *Radiology*, 1980, 135(2):273-283.
- [9] Rosenthal SJ, Harrison LA, Baxter KG, et al. Doppler US of helical flow in the portal vein[J]. *Radiographics*, 1995, 15(5):1103-1111.
- [10] Stankovic Z, Csatar Z, Deibert P, et al. Normal and altered three-dimensional portal venous hemodynamics in patients with liver cirrhosis[J]. *Radiology*, 2012, 262(3):862-873.
- [11] 刘成海.抗肝纤维化的适应患者与治疗时机[J].中华肝病杂志,2005,13(8):605.
- [12] Awaya H, Mitchell DG, Kamishima T, et al. Cirrhosis: modified caudate-right lobe ratio[J]. *Radiology*, 2002, 224(3):769-774.

(收稿日期:2014-01-12 修回日期:2014-03-15)

(上接第 2715 页)

中华妇产科杂志,2004,39(7):461-464.

- [20] Soares CN, Arsenio H, Joffe H, et al. Escitalopram versus ethinyl estradiol and norethindrone acetate for symptomatic peri- and postmenopausal women: impact on depression, vasomotor symptoms, sleep, and quality of life[J]. *Menopause*, 2006, 13(5):780-786.
- [21] 赖爱鸾,赵友文,齐海燕,等.不同方法治疗围绝经期及绝经后妇女抑郁症的疗效分析[J].中华妇产科杂志,2007,42(3):169-172.
- [22] Soares CN, Poitras JR, Prouty J, et al. Efficacy of citalopram as a monotherapy or as an adjunctive treatment to estrogen therapy for perimenopausal and postmenopausal

women with depression and vasomotor symptoms[J]. *J Clin Psychiatry*, 2003, 64(4):473-479.

- [23] Amsterdam J, Garcia-España F, Fawcett J, et al. Fluoxetine efficacy in menopausal women with and without estrogen replacement[J]. *J Affect Disord*, 1999, 55(1):11-17.
- [24] Olfson M, Marcus SC, Tedeschi M, et al. Continuity of antidepressant treatment for adults with depression in the United States[J]. *Am J Psychiatry*, 2006, 163(1):101-108.

(收稿日期:2014-01-08 修回日期:2014-03-09)